

La detección de problemas emocionales por el trabajador de atención primaria en situaciones de desastre: Experiencia en Armero, Colombia

I.A.9

Bruno R. Lima¹
Silvia Pompei²
Hernán Santacruz³
Julio Lozano⁴
Shaila Pai⁵

Summary

Ten months following the destruction of the town of Armero, Colombia, 100 adult patients were screened for emotional problems in two primary health care centers of the disaster area. The detection of patients with emotional problems by the primary care worker (PCW) was also investigated. The Self-Reporting Questionnaire (SRQ), an instrument that has been validated both in routine clinical settings and in disasters was used for the screening. According to the SRQ a prevalence of emotional disorders of 45% was found, but it amounted only to 20% according to the PCW's. The PCW failed to detect 73.7% of the patients that the SRQ had identified as cases.

These findings indicate that the mental health needs of disaster victims and affected communities are very high, and that the PCW is not capable of detecting these cases adequately.

This study provides important empirical data for the training of the PCW and the delivery of mental health care to disaster victims in developing countries.

Resumen

Diez meses después de la destrucción de la ciudad de Armero, Colombia, 100 pacientes adultos fueron entrevistados en dos centros de atención primaria del área del desastre, para evaluar su problemática emocional. Los trabajadores de atención primaria (TAP) detectaron a los pacientes con trastornos emocionales, por medio del cuestionario de Auto-Reporte (CAR), que ha sido validado tanto en situaciones

clínicas rutinarias como en situaciones de desastre. Se encontró una prevalencia de trastornos emocionales del 45%, según los criterios del CAR, y del 20% según el diagnóstico del TAP. El TAP no identificó al 73.7% de los pacientes que de acuerdo con el CAR tenían un trastorno emocional.

Estos hallazgos indican que la necesidad de las víctimas de los desastres y de las comunidades afectadas, de recibir atención psiquiátrica excede a los recursos con los que se cuenta. Estos hallazgos también indican que el TAP no está capacitado para detectar estos casos. Este estudio es un importante aporte empírico para orientar al sector especializado que capacita al TAP para que pueda brindar servicios de salud mental a las víctimas de desastres en los países en desarrollo.

Introducción

La atención primaria en la salud ha sido definida como la estrategia fundamental para lograr el objetivo de "salud para todos en el año 2 000" (36), y la salud mental es uno de sus componentes esenciales (25). El papel del trabajador de atención primaria (TAP) en la prestación de servicios de salud mental está bien establecido, tanto en los países en desarrollo (3,4,37) como en los países desarrollados (28,32).

Sin embargo, se ha descuidado la atención primaria en salud mental a las víctimas de los desastres, aunque estos son frecuentes en los países en desarrollo, en donde los grupos marginados de la salud son los más afectados (7,29), y en donde se configura en esta etapa la estrategia adecuada para brindar servicios de salud oportunos, eficaces, accesibles y con la cobertura necesaria (17). Se han estudiado las intervenciones del sector especializado en salud mental en los periodos posteriores al impacto más inmediato (5,8), pero no se han considerado las posibilidades del TAP para manejar las consecuencias psicosociales de los desastres a mediano o largo plazo (20).

Esta laguna puede deberse en parte, a los diversos problemas de salud que tienen las víctimas, que van desde el manejo de los problemas físicos individuales hasta la mejoría de las condiciones ambientales (26), dándole poca importancia a la salud mental en las acti-

1. Profesor Asistente, Departamento de Psiquiatría, Escuela de Medicina, Departamento de Higiene Mental, Escuela de Salud Pública, Universidad Johns Hopkins, Baltimore, Estados Unidos.

2. Auxiliar de Enseñanza, Departamento de Neurología y Psiquiatría, Escuela de Medicina de Botucatu, Universidad del Estado de Sao Paulo, Brasil. Estudiante de Postgrado, Departamento de Higiene Mental, Escuela de Salud Pública, Universidad Johns Hopkins, Baltimore, Estados Unidos.

3. Profesor Asistente, Departamento de Psiquiatría, Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

4. Profesor Asistente, Departamento de Psiquiatría, Universidad Javeriana, Jefe de la División de Salud Mental, Servicio Seccional de Salud del Tolima, Ibagué, Colombia.

5. Investigadora Asociada, Programa de Psiquiatría Comunitaria, Universidad Johns Hopkins, Baltimore, Estados Unidos.